

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N

36

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 novembre 1896, à 1 heure

PAR

H. PRIEUR

Né à Lizy-sur-Ourcq, le 4 février 1871,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PHLEGMON SOUS-PECTORAL



Président : M. LE DENTU.

Juges : MM. } CORNIL, professeur.
 } GILBERT, NÉLATON, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

36
N

POUR

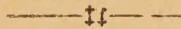
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 novembre 1896, à 1 heure

PAR

H. PRIEUR

Né à Lizy-sur-Ourcq, le 4 février 1871,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

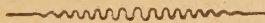
PHLEGMON SOUS-PECTORAL



Président : M. LE DENTU.

Juges : MM. { CORNIL, professeur.
GILBERT, NÉLATON, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N...
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ N...
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.	STRAUS.
Clinique médicale.	{ DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	{ TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. N...,

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RÉTIER	WIDAL
CHASSEVANT	LÉTULLE	RICARD	WURTZ
DELBET.	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES VOISIN

Médecin de la Salpêtrière
Chevalier de la Légion d'Honneur
(Externat 92-93)

MONSIEUR LE DOCTEUR BLUM

Chirurgien à l'hôpital St-Antoine
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur
(Externat 94-95)

M. LE DOCTEUR LABADIE-LAGRAVE

Médecin à l'hôpital de la Charité
Chevalier de la Légion d'Honneur
(Externat 95-96)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026



INTRODUCTION

C'est un sujet déjà bien vieux que celui des suppurations de l'aisselle. L'étude du phlegmon de la paroi antérieure avait déjà fait en 1855 le sujet de la thèse inaugurale de Millet, qui résume l'idée des maîtres de l'époque. Tous les auteurs classiques y consacrent tout au moins un alinéa. Lesigne en 1882, écrivit sur ce sujet un travail assez long dans lequel il réunit beaucoup d'observations.

Aujourd'hui l'attention est un peu détournée de ces affections qui sont devenues plus rares, grâce à la généralisation du pansement antiseptique des plaies ; on néglige de prendre les observations, ce sont des faits courants qui passent. Les deux malades que nous avons soignés et dont nous rapportons l'histoire nous ayant paru intéressants, nous avons eu l'idée de prendre le phlegmon

sous-pectoral comme sujet de notre thèse inaugurale. Notre maître, Monsieur le Dr Blum, nous confirma dans cette idée. Nous eûmes d'ailleurs l'honneur d'être son élève durant notre seconde année d'externat; il nous témoigna toujours plus que de l'intérêt et nous lui devons ici nos plus sincères remerciements.

M. le Dr Jules Voisin dont nous fûmes aussi l'externe à la Salpêtrière nous permit d'acquérir dans son service quelques notions de pathologie mentale, nous profitâmes de son enseignement tout paternel pendant près d'une année; qu'il recoive l'expression de notre reconnaissance.

Notre dernier chef de service, M. le Dr Labadie-Lagrave nous initia aux grands principes de la thérapeutique et de la clinique médicale, nous n'oublierons jamais l'amabilité extrême avec laquelle cet excellent maître nous a toujours accueilli.

M. le professeur Le Dentu qui fut notre premier maître en chirurgie, a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, nous le prions d'accepter le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.



Les suppurations de la paroi antérieure de l'aisselle qui se localisent sous les muscles pectoraux sont depuis la thèse de Briband (1856) signalées par la plupart des classiques. Mais les auteurs insistent peu les considérant simplement comme une suppuration un peu spéciale dans la région.

Cependant il nous semble que la localisation du pus dans ce territoire bien limité présente, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, quelques particularités intéressantes.

Aussi nous commencerons ce travail par une étude des aponévroses et des ganglions lymphatique de la paroi antérieure de l'aisselle, étude qui ne sera certainement pas personnelle et pour laquelle nous ferons de larges emprunts à nos maîtres actuels ; mais qui nous conduira à quelques considérations cliniques.

Puis nous essaierons de décrire l'étiologie, les symptômes de ce phlegmon ; d'en faire le diag-

nostic; d'en décrire quelques complications pour terminer par son traitement.

Le creux de l'aisselle présente, d'après les classiques, la forme d'une pyramide quadrangulaire; ou lui considère une base, un sommet et quatre parois: antérieure, postérieure, latérale interne, latérale externe. Dans cette pyramide se trouvent compris: un paquet vasculo-nerveux, des vaisseaux et ganglions lymphatiques, du tissu cellulaire avec trousseaux fibreux qui relient les diverses parois, comblent la cavité et la font communiquer avec les régions avoisinantes.

Nous n'avons à étudier ici que la paroi antérieure, les ganglions lymphatiques et la relation physiologique qui existe entre la paroi antérieure et la cage thoracique, relation qui nous permettra d'expliquer la facilité avec laquelle les phlegmons se propagent en dedans de la paroi antérieure au lieu de descendre sur la paroi interne ou en arrière vers l'omoplate.

PAROI ANTÉRIEURE DU CREUX DE L'AISELLE

Nous ne décrirons ni la peau ni le tissu cellulaire sous-cutané qui ne présentent d'ailleurs aucune particularité et qui ne jouent aucun rôle dans la localisation du phlegmon sous le grand

et sous le petit pectoral. Sous cette paroi superficielle nous trouvons deux plans musculaires séparés par des aponévroses. De ces deux plans parallèles et superposés; l'antérieur, celui du grand pectoral recouvre toute la paroi la débordant en dedans du côté de la cage thoracique, en dehors du côté du bras, le postérieur au contraire celui du petit pectoral ne la recouvre qu'incomplètement. Cependant il est complété, grâce à l'existence de feuillets aponévrotiques que nous allons essayer de décrire avec ceux de cette région.

a) *Aponévrose du grand pectoral.*

L'aponévrose du grand pectoral est pour ainsi dire la continuation de l'aponévrose cervicale superficielle qui descendant sous le muscle peaucier, passe en avant de la clavicule puis sur la face antérieure du muscle. Arrivée au niveau du bord inférieur du grand pectoral elle se dédouble (suivant la description classique) en deux feuillets. Un de ces feuillets qui tapisse sa paroi postérieure et va se confondre en haut avec la partie antérieure de l'aponévrose du muscle sous-clavier il suit en dedans et en dehors le muscle jusqu'à ses insertions pectorales et humérales. L'autre

tapisse la paroi inférieure de l'aisselle allant retrouver en arrière l'aponévrose du grand dorsal et du sous-scapulaire, en dedans l'aponévrose brachiale. Cette aponévrose comme le fait remarquer M. le professeur Tillaux est une barrière qui s'oppose à l'envahissement de la cavité axillaire par les suppurations superficielles.

b) *Aponévrose du pectoral. Aponévrose coraco-clavi axillaire.*

L'aponévrose du petit pectoral est la continuation de l'aponévrose cervicale moyenne qui ayant formé une gaine à la veine sous-clavière puis au muscle sous-clavier vient se reconstituer sur la face inférieure de ce muscle en une toile fibreuse. Celle-ci se dédouble à son tour pour envelopper les deux faces du muscle petit pectoral. Au-dessous du muscle au niveau de son bord inférieur vient se terminer en des trousseaux fibreux qui vont à la face profonde de la peau de l'aisselle. Toute cette aponévrose que nous venons de décrire d'après les classiques ; c'est l'aponévrose (coraco-clavi axillaire de Richet sa partie la plus inférieure (au-dessous et en dehors du muscle petit pectoral) constitue le ligament suspenseur de l'aisselle de Gerdy.

On décrit à cette aponévrose coraco-clavi-axillaire des insertions supérieures tout le long de la clavicule des insertions inférieures à la face profonde du derme de la peau de l'aisselle, mais la plupart des auteurs ne lui donne pas une terminaison bien nette par sa partie externe, ils en font une sorte de barrière limitant parfaitement la paroi antérieure du creux de l'aisselle et semblant intercepter toute communication entre le tissu cellulaire compris entre le grand et le petit pectoral et celui qui comble la cavité axillaire.

M. Poirier qui l'étudia d'abord en 1888 (*Pr. méd.* p. 68) considère cette partie externe de la toile fibreuse non pas comme une aponévrose, mais comme du tissu cellulaire épaissi et condensé. « La partie antérieure du ligament suspenseur est formée de lames celluleuses, nées de la coracoïde et renforcées par des expansions celluleuses qui se détachent de la gaine aponévrotique des muscles petit pectoral et coraco-brachial. » L'auteur ajoute plus loin : « Je ne sais pas si cette cloison celluleuse si largement percée d'aréoles à contenu graisseux et si bien fixée à la face profonde de la peau peut arrêter momentanément les épanchements sous cutanés sanguins gazeux ou purulents dans leur marche vers le tronc ou réciproquement. » Dans son traité d'a-

anatomie, M. Poirier complète et modifie sa description ainsi qu'il suit. L'aponévrose d'après lui se rencontrerait avec celles de la face interne du bras en formant un épaississement en arcade décrit par Langer, arcade présentant deux piliers l'un antérieur qui se perd immédiatement en arrière du tendon du grand pectoral, l'autre postérieur qui se perd avec le tendon du grand dorsal. C'est l'azchelbogen. Au-dessous de celle-ci, du côté du bras, en existe une autre à concavité supérieure formée par l'aponévrose brachiale, c'est l'armbogen, les deux arcades à concavité opposée forment par leur rencontre sur la paroi externe du creux axillaire un orifice ovalaire dans lequel apparaît le paquet vasculo nerveux. Langer admet à ce niveau que les vaisseaux sont immédiatement sous la peau. M. Poirier, au contraire décrit une sorte de toile mince analogue à celle du fascia inbriformis au niveau de laquelle existent des anastomoses entre les ganglions superficiels et les ganglions profonds.

Ainsi, surtout si on considère avec M. Poirier cette partie externe de l'aponévrose coraco-clavi-axillaire comme étant formée de trousseaux fibreux renforcée d'expansions celluleuses venues des muscles voisins, petit pectoral et coraco-brachial, on voit qu'il existe une communication

entre la loge située entre le grand et le petit pectoral et la cavité axillaire proprement dite.

Cette loge rétro-pectorale est virtuelle, bien entendu, elle ne renferme qu'un peu de tissu cellulaire lâche, mais elle existe quand une collection se développe à ce niveau. Elle est limitée en avant par la face postérieure du grand pectoral depuis ses insertions sternales et costales en dedans jusqu'à ses insertions humérales en dehors. En arrière par le petit pectoral et l'aponévrose coraco clavi-axillaire qui forme une barrière incomplète puisqu'elle est ouverte en dehors. En haut par la ligne de rencontre de la gaine du sous clavier et l'aponévrose du grand pectoral. En bas par ce feuillet plus ou moins net qui forme la paroi inférieure du creux de l'aisselle et qui vient retrouver en avant l'aponévrose du grand pectoral.

Cette loge, ce diverticulum rétro-pectorale est comblé par du tissu cellulaire lâche peu résistant,

En effet, si on coupe le grand pectoral suivant un plan perpendiculaire à la direction de ses fibres on pourra le séparer facilement du muscle sous jacent, le tissu cellulaire n'oppose qu'une faible résistance.

De plus, les deux muscles, grand et petit pectoral glissent facilement l'un sur l'autre et bien que nous n'ayons pas constaté la présence entre

eux d'une bourse séreuse, nous pouvons avec M. le Professeur Le Dentu, admettre la possibilité de son existence anormale.

Cette paroi antérieure de l'aisselle vue dans son ensemble est exclusivement musculaire, elle forme avec la paroi costale un angle très aigu, angle qui devient de plus en plus aigu quand le moignon de l'épaule se porte en arrière, qui tend au contraire à s'ouvrir quand il le porte en avant. Cette disposition anatomique est bien propice à l'envahissement de la région par du pus. Cet envahissement est encore favorisé du reste par la mobilité toute naturelle de la région dans les mouvements du bras sur le thorax.

GANGLIONS LYMPHATIQUES DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'AISELLE.

Les ganglions lymphatiques de l'aisselle n'ont pendant longtemps pas été étudiés spécialement. Les auteurs s'accordaient pour les faire satellites des vaisseaux. On les plaçait dans le tissu cellulaire de la cavité, sans préciser leur siège anatomique. Richet les décrit ainsi : « Les ganglions se groupent autour des vaisseaux et forment un cha-pelet qui remonte dans le sommet du creux axil-

laire et se continue avec celui que l'on remarque autour des gros vaisseaux du cou, on n'en trouve point sur la paroi postérieure, mais il n'est pas rare d'en rencontrer quelques-uns très petits sur la paroi interne ou estale. Sappey comme Richet les fait satellites des vaisseaux.

M. Kirmisson dans une communication faite à la Société anatomique en 1882, en fait une étude très détaillée, étude à laquelle nous empruntons la plus grande partie de ce qui va suivre.

M. Kirmisson décrit trois groupes ganglionnaires bien nets, deux superficiels et un profond. Des deux superficiels l'un antérieur comprend les ganglions qui sont situés sur le bord inférieur du grand pectoral appendus aux branches des deux veines thoraciques longues ou mammaires externes. Il commence en haut par un ganglion incurvé sur lui-même en forme de haricot suivant par la convexité externe les lymphatiques du membre supérieur. Les autres confluent au prolongement axillaire de la mamelle et il en existe deux ou trois petits perdus dans le tissu de la glande.

Le groupe superficiel postérieur longe le bord du grand dorsal, ils suivent la direction des vaisseaux scapulaires. Ils sont généralement

moins nombreux que les ganglions profonds composant le groupe antérieur.

Les ganglions profonds forment une chaîne entre les deux précédents ; chaîne qui commence par un ganglion volumineux accolé à la paroi thoracique et recouvrant le nerf du grand dentelé. — Les ganglions qui lui font suite sont accolés intimement à la paroi postérieure et interne de la veine axillaire ; ils suivent le trajet de ce vaisseau et vont se perdre dans les ganglions superclaviculaire.

M. Poirier modifie légèrement la description de M. Kirmisson, il décrit aussi trois groupes : l'un externe ou brachial accompagnant les vaisseaux, le second *interne et antérieur* ou pectoral situé dans l'angle antéro-interne de la pyramide axillaire. Le troisième interne et postérieur situé le long du bord axillaire de l'omoplate. Les groupes ganglionnaires qu'on les divise comme M. Poirier ou comme M. Kirmisson, sont toujours plus importants en avant qu'en arrière. A côté de ceux-ci Lesigne dans sa thèse inaugurale cite encore quelques ganglions cachés derrière le grand pectoral visibles sur les cadavres d'enfants, particulièrement propre à ce genre de recherches surtout lorsqu'ils présen-

tent des manifestations scrofuleuses des glandes lymphatiques.

Sorgins (in thèse Riefel) décrit de ces ganglions sous le grand pectoral sur la troisième digitation du grand dentelé, c'est-à-dire sur la troisième côte ou un peu plus bas dans le troisième espace intercostal — qui reçoivent les lymphatiques efférents de la glande mammaire.

Cette étude trop restreinte nous fait voir quelle importance peuvent avoir ces groupes ganglionnaires antérieurs qui reçoivent à la fois les lymphatiques du bras et du sein, régions exposées aux traumatismes et aux infections d'origine tant superficielle que profonde : abcès superficiels et profonds du sein, gerçures et érosions de toute nature du mamelon, écorchures, panaris, lymphangites superficielles, plaies septiques de toute nature du membre supérieur. Les territoires qui répondent à ces groupes ganglionnaires antérieurs sont bien les seuls qui répondent anatomiquement au phlegmon de la paroi antérieure de l'aisselle.

Ce n'est pas à dire pour cela que toute suppuration ganglionnaire à la suite de plaie septique du sein, de la main, du bras ou de la paroi antérieure de la poitrine doivent se localiser fatalement en ce point. « L'adénite, dit M. Lejars,

qui suit les piqures, les érosions de la main et des doigts, n'est pas toujours axillaire, parfois elle se trompe de voie et brûle une étape au lieu d'envahir les ganglions de l'aisselle; elle se localise d'emblée dans le pli pectoro-deltoïdien ou même dans le creux sus-claviculaire. » Il est possible que certains microbes et produits septiques peuvent filtrer à travers le tissu d'un ganglion sans y déterminer de réaction inflammatoire et se localiser dans un point éloigné de celui où ils auraient dû être arrêtés. Il est possible aussi que certains lymphatiques, qui, chez beaucoup d'individus se rendent normalement en un point déterminé, abandonnant dans quelques cas leur trajet normal pour aller se rendre soit directement, soit par des anastomoses dans un ganglion éloigné de celui où ils aboutissent normalement dans la majorité des cas. Les plaies infectées de la main et des doigts par exemple retentissent très rarement sur les ganglions épitrochléens, alors que ceux-ci reçoivent une bonne partie des lymphatiques de ce segment du membre supérieur. Tandis qu'au contraire ces mêmes plaies déterminent des inflammations ganglionnaires dans l'aisselle.

Cet exposé anatomique bien incomplet nous amène à l'étude classique que nous abordons dans la seconde partie de ce travail.

ÉTUDE CLINIQUE

ÉTIOLOGIE

Il existe des cas de phlegmon développé sous les muscles pectoraux sans cause apparente, mais ils sont bien rares. On l'a vu apparaître d'emblée à la suite de fatigues musculaires, de surmenage du membre supérieur. Témoin l'observation suivante publiée par M. Lejars :

OBSERVATION I

Prise dans le service de M. Th. Auger.

Hôpital Cochin, 1884 (Résumée).

Jeune ouvrier terrassier, vigoureux, sentait une corde au niveau de sa poitrine. Une bosselure à large base se soulevait et proéminait peu à peu. Limitée au grand pectoral, mobile en totalité, recouverte d'une peau déjà rouge, elle donnait la sensation que donne au cou le phlegmon liqueux de Dupuytren. Elle était très dure, très douloureuse, et e'en était assez pour que la palpitation fut enclavée et la fluctuation mal sentie. Sans la fièvre, sans les accidents généraux, on

eut plutôt cru à une myosite syphilitique totale du grand pectoral. Quelques jours plus tard, le relief et la pression s'étaient accentués encore. Une incision profonde, traversant toute l'épaisseur du muscle, donne issue à une énorme quantité de pus. Il fallut de longues semaines pour que cette épaisse nappe indurée se fut complètement assouplie et résorbée.

Cette observation n'est pas unique, il en existe beaucoup d'autres dans lesquelles on n'a pu trouver la porte d'entrée d'un agent septique, porte d'entrée qui doit exister pourtant. On peut se demander si dans ce cas comme dans tous les autres semblables il n'y a pas eu une érosion méconnue, une plaie infectée ancienne guérie depuis longtemps.

L'infection ganglionnaire peut, en effet, n'exister que longtemps après que la plaie origine de l'infection est guérie (Obs. III, VIII) le ganglion infecté depuis longtemps déjà s'enflamme sous l'influence d'une traumatisme, d'un exercice violent, d'un excès de fatigue, d'un surmenage quelconque. Ces faits bien connus pour les inflammations ganglionnaires en général peuvent s'appliquer au phlegmon sous-pectoral comme à tous les autres. C'est ce qui fait que l'on voit figurer dans son étiologie les causes suivantes, coup de poing au niveau du grand pectoral, pression d'un corset

(Cochin), d'un uniforme (Sédillot 1861). Bœckel l'a vu à la suite de résection de la tête humérale. A la suite d'une résection de l'humérus que je pratiquai, j'avais réuni en partie la plaie de l'opération, ne laissant qu'une ouverture déclive. Il se produisit un phlegmon de la paroi antérieure de l'aisselle qui se termina par un abès sous-pectoral très vaste. Guérison (Bœckel. Dict. Jaccoud).

On l'a observé le plus souvent à la suite de plaies superficielles insignifiantes, n'ayant même pas déterminé de lymphangite, encore à la suite de plaies de doigts, de furoncles de l'avant-bras, d'abcès du sein, de gerçures du mamelon, d'opération sur le sein (Bœckel), de résection de la tête humérale.

Enfin on signale encore comme cause étiologique l'ouverture d'une pleurésie purulente du même côté sous la face postérieure des muscles pectoraux (Bœckel). M. Peyrot dit à propos des phlegmons des parois thoraciques: « Ceux-ci se reliaient encore pour certains auteurs à des inflammations péricapulaires sur la nature desquelles on est encore loin d'être édifié (Duplay), mais qui avaient été déjà signalées par Boyer, Wunderlich, Bilroth, Bartels de Kiel ». M. le professeur Tillaux, dans une de ses cliniques

(Presse Médicale, 24 juin 1896) rapporte une observation de collection sous-pectorale d'origine pleurale sans qu'il y eût la moindre lésion osseuse ou communication avec la cavité pleurale. Mais cette variété sort du cadre restreint de notre étude et nous n'y insisterons pas autrement.

Inutile de rapporter ici toutes les causes prédisposantes et déterminantes de tous les phlegmons, débilité, malpropreté, surmenage, mauvais état général, misère physiologique.

SYMPTOMATOLOGIE

Ici encore comme dans tous les phlegmons, il existe une période pendant laquelle l'état général attire l'attention bien plus que l'état local, il n'y a encore aucun signe physique perceptible, alors que la fièvre, la courbature, l'inappétence, l'état saburral de la langue, sont très marqués. Un examen approfondi du malade qui accuse seulement un point douloureux axillaire, un peu de gêne dans le mouvement du bras, pourrait faire facilement commettre l'erreur qui s'est rencontrée dans des observations que nous citons (Obs. IV, VIII), on avait envoyé (Obs. IV) dans un service de médecine un malade chez lequel

évoluait un superbe adéno-phlegmon de la paroi antérieure de l'aisselle. Cet état fréquent, pour ne pas dire constant, dans toutes les suppurations à évolution rapide peut durer même après l'ouverture et l'évacuation du foyer. La recrudescence indique que la suppuration s'étend en un autre point.

Les symptômes locaux présentent un autre intérêt.

La peau est souvent normale, elle rougit parfois, mais nous n'avons pas trouvé d'observation d'ouverture spontanée au dehors; elle est le plus souvent mobile sur les plans sous-jacents.

La région toute entière est déformée de telle façon que toute la paroi antérieure de l'aisselle forme voussure; le creux sous-claviculaire, le pli pectoro-deltoïdien sont effacés; le relief de la clavicule tend à disparaître, et signe particulier indiqué par M. le Prof. Tillaux, la région paraît allongée, le bord inférieur du grand pectoral paraît abaissé par suite de la tension que détermine le pus derrière le muscle, l'articulation scapulo-humérale est parfois tendue, douloureuse au point de faire croire à du rhumatisme.

L'élévation de la température locale est constante.

La palpation ne permet pas toujours de sentir

la fluctuation, la tension du muscle et son épaisseur s'y opposent. Bœckel dit aussi : « On constate une résistance et une dureté toutes particulières du muscle ». Dans l'observation de M. Lejars citée plus haut, la dureté était telle que l'on aurait pu croire à une myosite syphilitique.

Pour percevoir la fluctuation, M. Lesigne conseille le procédé suivant : « Placer la main gauche sous l'aisselle droite et vice versa derrière la paroi antérieure de l'aisselle, la pulpe des doigts tournés vers l'angle interne de cette paroi, repousser fortement, d'autant plus fortement que la couche prise est plus profonde dans la direction de cet angle et un peu en haut. Appliquer la pulpe des doigts de la main droite sur le grand pectoral à la hauteur voulue et déprimer de façon à refouler le pus déjà collecté vers les doigts gauches qui recevront son impulsion. Il faut autant que possible agir parallèlement aux fibres musculaires ». Ce procédé tout personnel à l'auteur est très rationnel et doit donner de bons résultats; il ne nous semble pas, en effet, que rien autre chose qu'une collection purulente pouvait donner pareille sensation.

La douleur est constante : localisée parfois à la région envahie, elle s'irradie le plus souvent vers l'épaule et s'accompagne d'une sensation de

tiraillement, d'engourdissement dans tout le membre supérieur.

L'impotence fonctionnelle est la règle ; elle est même un des premiers symptômes, le malade ne peut écarter le bras du corps ou porter le moignon de l'épaule en haut ou en arrière, la contraction des muscles s'appliquant sur la paroi costale déterminent de trop vives douleurs.

A côté de cette impotence fonctionnelle locale on observe dans le cas de vastes collections de la gêne respiratoire, de la dyspnée, chaque mouvement déterminant une douleur, le malade aspire moins à la fois mais plus souvent.

La tumeur comprimant les vaisseaux peut encore déterminer de la gêne circulatoire du côté du membre supérieur, cette gêne n'est peut-être pas tant due à la compression qu'au tiraillement produit sur la veine axillaire par l'aponévrose dans un feuillet de laquelle elle est comprise.

Au point de vue des signes locaux il est une distinction à établir entre les adéno-phlegmons limités au ganglion lymphatique et au tissu cellulaire qui l'entoure, c'est-à-dire simple et bien circonscrit et les phlegmons qui comprennent toute la paroi postérieure des muscles pectoraux.

Il y aurait encore une distinction à établir dans les phlegmons sous-pectoraux (comme dans tous

les phlegmons du reste), suivant les divers agents septiques qui leur ont donné naissance. Dans tous les phlegmons à agent septique très virulent, celui consécutif à des piqûres anatomiques, par exemple, l'état général domine de beaucoup la sienne, et l'état local n'est qu'accessoire, ce n'est qu'un des accidents de l'infection.

COMPLICATIONS.

Les complications locales sont la propagation du pus dans les divers territoires de la région. Envahissement du creux sus-claviculaire, soit directement, soit par voie lymphatique. Dans la fosse sus-claviculaire, en effet, aboutissent tous les lymphatiques de la région. A ce propos Dolbeau dit : « On a bien cité des observations dans lesquelles le pus était remonté dans la région sus-claviculaire, il paraît que dans ces cas exceptionnels, il s'agissait de phlegmons suppurés ayant envahi toute la région ».

Dans le fait que nous publions (obs. III), il n'y avait cependant pas d'autre propagation que dans le creux sus-claviculaire, l'aisselle était absolument libre « l'abcès peut se montrer à la poitrine sous le grand pectoral, passer au-dessous de la

clavicule et envahir le creux sus-claviculaire » (Follinet Duplay),

L'envahissement dans l'aisselle est possible, l'aponévrose coraco-clavi-axillaire percée à sa partie externe comme nous l'avons décrit plus haut, n'est pas une barrière infranchissable.

La destruction du tissu cellulaire sous le grand pectoral entraîne à la suite des raideurs, une impotence fonctionnelle relative, une atrophie du muscle ; la myosite vraie a même été observée comme complication.

Une question à ce qu'il nous semble intéressante se pose à propos des complications pleurales. On a noté des pleurésies séro-fibrineuses, (obs. I de la th. de Briband), des pleurésies purulentes du même côté (obs. II in th. Th. Brib), mais dans ce dernier cas, y a-t-il relation de cause à effet, c'est-à-dire, est-il possible qu'un phlegmon sous-pectoral détruise les diverses couches qui constituent la paroi thoracique à ce niveau et fasse irruption dans la cavité pleurale ? Si nous en croyons Bœckel, la perforation de la plèvre n'est pas très probable, ce serait plutôt une suppuration de la plèvre qui se ferait jour dans l'aisselle. Follin et Duplay s'appuyant sur l'autorité de Dolbeau et Boyer, disent que toujours, quand l'inflammation envahit le tissu cellulaire sous-sé-

reux, la membrane séreuse s'épaissit et forme une barrière infranchissable au pus. Les auteurs ajoutent que dans les quelques cas où une collection purulente de l'aisselle est un empyème, ont été cliniquement et anatomiquement démontré, il est plus rationnel d'admettre que c'est l'empyème qui s'est vidé dans l'aisselle « mais inversement on peut observer le développement d'un empyème consécutif à un abcès par simple transmission médiate de l'inflammation sans perforation. M. Kirmisson (in Tr. de Chir.) n'admet pas la possibilité de l'ouverture des abcès profonds de l'aisselle dans la plèvre.

Nous avons cherché des observations dans lesquelles cette marche du pus aurait été observée. A part celle du fils de J.-L. Petit citée partout et celle de la th. Briband, dans laquelle l'autopsie fit voir la co-existence du pus de la plèvre et de collection sous-pectorale siégeant au même niveau, nous n'avons pu trouver que la suivante :

OBSERVATION II

Phlegmon de l'aisselle ayant perforé la paroi thoracique. — Guérison.

Annie L..., âgée de 8 ans, fut admise à l'infirmerie des enfants de Liverp ool, souffrant d'une toux sérieuse

Histoire antérieure. Une quinzaine avant l'admission de la malade, une grosseur douloureuse apparut dans l'aisselle gauche, acquit peu à peu le volume d'une orange. On croyait à un abcès et on appliqua des cataplasmes, mais l'abcès parut ne pas vouloir s'ouvrir en dehors. L'enfant, pendant ce temps, était d'une santé générale excellente, *elle n'avait aucun signe de maladie pulmonaire* et ne toussait pas. Environ trois jours avant son admission, elle commença à se plaindre d'une douleur du côté droit de la poitrine, quand elle respirait fortement. En même temps, apparaissait une toux légère. Le lendemain survint une attaque soudaine de dyspnée, suivie de toux grave et d'expectoration de liquide jaune et spumeux.

A son entrée, je trouvai une tumeur molle, fluctuante, du volume d'une petite orange environ, dans l'aisselle gauche. L'augmentation pouvait être vue et sentie pendant les mouvements respiratoires forcés, et quand l'enfant toussait, une forte impulsion était perçue par la main. L'auscultation faisait entendre un bourdonnement et un gargouillement extrêmement forts, coïncidant avec les mouvements respiratoires. Le sommet du poumon gauche était rempli de gros râles, on ne trouvait aucun frottement. L'enfant toussait et expectorait de temps en temps du liquide jaunâtre et spumeux, que l'examen microscopique révèle être du pus.

Les forces et l'appétit restaient bons et il n'y avait pas de fièvre.

Le diagnostic parut net : abcès axillaire ayant fusé vers la plèvre, d'où inflammation, adhérences et perforation des deux plèvres consécutives. Le pus se fit jour par le poumon : deux complications étaient à craindre. Les adhérences pouvaient céder, d'où entrée du pus et de l'air dans la cavité pleurale; d'autre part, l'entrée brusque de l'air pendant la toux pouvait déterminer un emphysème généralisé. Il est évident que la poche devait être vidée, et sa communication avec le passage de l'air formée le plus tôt possible. Plaçant la main sur l'abcès, je pressai doucement et graduellement le pus qu'il contenait dans le poumon. Cette manœuvre produisit une toux violente et quelque embarras de la respiration; la malade expectora environ trois pleines tasses à thé de pus.

Résumé : compression sur la poche et quelques jours après guérison.

Dans cette observation, nous voyons que le phlegmon de l'aisselle est bien nettement primitif, puisqu'il n'y avait aucun signe d'affection pulmonaire antérieurement. D'autre part, ce phlegmon ne s'est pas compliqué de pleurésie purulente. Des adhérences se sont établies, la plèvre a été perforée, une vomique s'est produite.

Bien que cette observation soit unique, elle pourrait faire admettre la possibilité de cette terminaison. D'ailleurs, pourquoi la paroi thoracique

ne pourrait être traversée par une suppuration siégeant à sa surface? Le diaphragme se laisse bien perforer par les grands abcès de foie; leur terminaison par vomique n'est pas exceptionnelle. La paroi thoracique est plus résistante que le diaphragme, mais pas tant qu'elle ne puisse se laisser perforer.

Mais on serait aussi en droit de se demander si cet abcès ne serait pas un abcès d'origine pleurale siégeant sous le grand pectoral, comme celui qui est rapporté dans une clinique de M. le Prof. Tillaux; abcès à marche insidieuse ne déterminant aucune douleur, pas de réaction fébrile (l'auteur n'en mentionne pas), somme toute, la question est encore pendante, il faudrait des faits avec constatation, post mortem, pour pouvoir la trancher.

Du côté des vaisseaux, on a encore observé comme complication du phlegmon sous-pectoral de l'œdème du membre supérieur dû à la compression de la veine axillaire; Maunoir publie dans le Bull. de la Société Anatomique (t. XIX, année 1884), un cas de thrombose de la veine axillaire, thrombose qui entraîna la mort.

A côté de ces complications, on a vu la mort se produire encore surtout chez des sujets débilités en état de misère physiologique, par l'infection

purulente (obs. Th. Brib.), broncho-pulmonaire et autre, les suppurations qui accompagnent souvent les suppurations de longue durée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette affection est en général facile. L'état fébrile, les symptômes généraux, céphalée, courbature générale, fièvre, anorexie, vomissements, pourront parfois faire croire à une maladie générale, la grippe par exemple, (Obs. II). L'apparition d'une douleur mal limitée au niveau de l'épaule avant le développement de la tumeur a fait penser plusieurs fois à une attaque de rhumatisme articulaire aigu débutant dans cette région. Mais dans tous les cas, le doute n'est pas de longue durée, et l'apparition d'un gonflement dans la paroi antérieure du creux de l'aisselle seule lève vite tous les doutes.

Le diagnostic étiologique est souvent plus difficile. Une écorchure de la main de l'avant-bras, bras du sein, des furoncles de ces régions, une lymphangite superficielle mettent facilement sur la voie quand il en existe encore des traces ou des cicatrices récentes. Mais quand l'érosion, la

plaie, l'abcès, sont disparus depuis longtemps, qu'il n'en reste plus de trace, on ne sait souvent à quoi attribuer le développement du phlegmon.

Une collection purulente siégeant en avant du grand pectoral, pourrait faire croire, au premier abord, à un foyer plus profond. En cas de doute il suffit de faire contracter le grand pectoral, la fluctuation existe si le pus est en avant ; elle n'est pas perceptible au contraire si le pus siège en arrière du muscle.

Un anévrysme axillaire soulevant le grand pectoral sera facilement reconnu grâce au caractères de cette tumeur ; battements, soufffe, frémissement.

Dans la myosite du grand pectoral, on observe comme dans le phlegmon une déformation de la paroi antérieure de l'aisselle qui est épaissie, indurée. Les mouvements spontanés sont douloureux ou même impossibles comme les mouvements provoqués. Les commémoratifs, le manque d'élévation de la température locale, l'absence de la fluctuation recherchée comme nous l'avons dit plus haut mettra sur la voie du diagnostic.

L'abcès froid d'origine costale ou pleurale développé sous le grand pectoral, évolue lente-

ment, insidieusement sans fièvre et ne retentit pas brusquement tout au moins sur l'état général du sujet.

MARCHE. — PRONOSTIC.

Le pronostic de cette affection est assez bénin. Dès que la collection est reconnue et ouverte, les phénomènes généraux tendent à disparaître, la fièvre tombe, l'appétit revient. La suppuration est parfois de longue durée, nous ne l'avons pas trouvée inférieure à dix jours ; mais elle peut durer plusieurs mois s'il existe des décollements très étendus, des fusées purulentes dans le creux sous-claviculaire, dans le creux axillaire lui-même. Nous n'avons pas trouvé de cas de phlegmon aigu (le seul que nous avons en vue du reste) qui se soit compliqué de fistule comme les phlegmons de la cavité axillaire elle-même. Il est vrai qu'il n'y a pas à ce niveau, un tissu conjonctif aréolaire rempli de pelotons graisseux comme dans l'aisselle.

Nous n'avons trouvé de cas de mort, qu'à la suite de phlegmons ouverts tardivement surtout avant l'ère de l'antisepsie, époque à laquelle l'in-

fection purulente n'était pas une rareté comme aujourd'hui. Quand à la terminaison par résolution spontanée, elle est probablement impossible.

L'impotence fonctionnelle disparaît d'ordinaire après l'ouverture du foyer. S'il persiste de l'atrophie ou même de l'induration musculaire, la restitution ad integrum est la règle après un traitement approprié.

TRAITEMENT.

Le traitement du phlegmon sous-pectoral ne diffère en rien de celui des phlegmons en général.

Dès que la collection sera reconnue, il faudra donner au pus une large issue, en incisant sur une longueur de cinq à six centimètres au niveau du bord inférieur du grand pectoral. Cette incision doit être en général assez profonde, il faut chercher assez loin pour trouver le pus ; mais elle peut être faite hardiment, puisqu'en cette région il n'existe aucun gros tronc vasculaire ou nerveux qui puisse gêner l'opérateur.

L'incision sera suivie après évacuation du

foyer d'un drainage au point le plus déclive pour éviter la rétention du pus ; drainage qui permettra du reste de faire des lavages antiseptiques de la poche.

L'application d'un pansement compressif avec tampon dans l'aisselle et au niveau de la paroi antérieure, permettront d'éviter la production de fusées purulentes du côté de la cavité axillaire, et faciliteront l'accollement des parois. Si parfois les fusées se propageait dans le creux sous-claviculaire ou dans l'aisselle une contre-ouverture dans ces régions serait toute indiquée.

Si, après guérison, persistent des raideurs articulaires due à la longue immobilisation de l'atrophie musculaire de l'induration de la région ; les massages, la faradisation hâteraient la guérison complète.

OBSERVATION III

Hôpital Sniat-Antoine. Salle Dupuytren, n° 3.

Service de M. le D^r Blum.

B..., âgé de 28 ans, marinier, entre dans la salle le 25 mai. Il nous raconte que quinze jours avant son entrée, il avait reçu un coup sur la main, coup suivi de

plaie sur le médus gauche. Le doigt blessé gonfla, puis guérit sans traitement.

Depuis six jours environ, il se plaint d'une douleur très vive dans l'aisselle, de fièvre, de manque d'appétit.

A son entrée dans le service, le malade est pâle, a les traits tirés, le teint plombé présente l'aspect d'un paludéen, et cependant il dit n'avoir jamais eu de fièvres. Sa rate est normale, son foie ne déborde pas les fausses côtes. T. 39°.

La région du grand pectoral est gonflée, douloureuse à la pression, le creux de l'aisselle est libre cependant. Le malade ne peut écarter le bras à plus de vingt centimètres du corps, et pour faire ce mouvement il prend son coude avec sa main.

M. Blum lui fait une incision de 4 centim. environ, au niveau du bord inférieur du grand pectoral. Malgré la profondeur de l'incision, une petite quantité de pus seulement est évacuée.

Le 26 mai, le pus a coulé abondamment dans le pansement. L'exploration avec un stylet permet de constater un décollement très étendu derrière le grand pectoral. Pansement compressif.

Le 2 juin, brusquement la température s'élève à 40,2. Des lavages faits par le drain permettent d'évacuer une grande quantité de pus.

Le 4, état stationnaire.

Le 5, on perçoit dans la région sus-claviculaire un

gonflement douloureux, nettement fluctuant. M. Blum pratique dans le creux sus-claviculaire, une incision assez étroite, par laquelle sort une grande quantité de pus.

Le 6, pansement traversé complètement, le pus coule goutte à goutte. Un lavage phéniqué étant pratiqué au moyen d'une seringue ajustée sur le drain, au niveau de la première incision, le liquide ressort par l'ouverture située en arrière de la clavicule.

Du 7 au 11, rien de particulier.

Le 13, nouvelle poussée fibrile, qui n'est pas justifiée par l'état de la région.

Jusqu'au 20, la suppuration continue, diminuant de jour en jour. L'incision supérieure est fermée.

Le 23, le malade sort guéri, avec une plaie extérieure insignifiante.

Le muscle pectoral gauche et les muscles du bras du même côté étaient sensiblement atrophiés, mais les mouvements du bras étaient libres et non douloureux.

OBSERVATION IV

Hôpital Saint-Antoine. Salle Dupuytren, n° 14.

Service du Dr Blum.

Rosano Ant..., 68 ans, chiffonnier, entre à l'hôpital le 9 juin, et après examen superficiel, est admis dans un service de médecine.

Le malade toussant, on crut à une grippe.

Le 13 juin, il passa dans le service du Dr Blum.

Depuis quatre jours environ, il avait des maux de tête, des envies de vomir, de la fièvre et des sueurs abondantes, avec point douloureux du côté de l'aisselle.

M. Blanc, interne de service, le voit dès son entrée.

La paroi antérieure du creux de l'aisselle, du côté droit est gonflée, dure, tendue, on peut y percevoir une sensation de fluctuation profonde, peu nette cependant. La peau ne présente rien d'anormal, sa coloration n'a pas changé.

Nous avons trouvé au niveau de l'annulaire droit, une plaie longue d'un centimètre environ qui, au dire du malade, aurait suppuré et serait guérie depuis quelque temps.

Le 12, incision au niveau du bord inférieur du grand pectoral, longue d'environ cinq centimètres. La peau, l'aponévrose, étant divisées, le pus n'apparaissait pas encore. Ce n'est qu'après avoir déchiré le tissu cellulaire profondément, qu'il s'écoula environ le contenu d'un verre à Bordeaux de pus. Drainage. Pansement iodoformé. Compression. Le lendemain et jours suivants, lavage de la cavité (le décollement n'était pas très étendu). Le malade est sorti vingt jours après son entrée. L'abcès suppurait encore, mais le pus coulait en très petite quantité.

OBSERVATION V

Résumée de la thèse de Briband.

M. Alexis C..., 18 ans, se présente le 9 décembre. Frisson intense, malaise extrême, vomissements, douleur vague du côté gauche de la poitrine. Le lendemain, pas d'amélioration.

Le 18 au matin, état général mauvais, gêne accusée par le malade de toute la région mammaire gauche, qui est douloureuse à la pression. Un peu d'empâtement, pas de douleurs, large vésicatoire sur la paroi thoracique.

Le 24, douleurs moins vives, tuméfaction et empâtement plus prononcés.

Les jours suivants, œdème, puis enfin bosselures fluctuantes dont la plus considérable avoisine le bord interne du sternum, non loin de la clavicule.

Le 21, Velpeau fait une incision sur ce point perpendiculaire aux fibres du grand pectoral. Grande quantité de pus qui coule à flots quand le malade tousse. Pendant deux jours, amélioration.

Dans la nuit du 23, le malade est pris d'une exacerbation fébrile considérable, avec gêne extrême de la respiration. Tonx.

Pendant les huit jours suivants, augmentation des symptômes.

Mort le 31.

Autopsie. Le pus avait envahi toute l'aisselle. Myosite du grand pectoral des muscles intercostaux. On ne pouvait cependant en aucun point pénétrer dans la cavité pleurale. Plus tard, au moment que des fausses membranes la fermaient en dedans. Côtes saines. Audessous, deux loges purulentes, formées évidemment par des pleurésies circonscrites : l'une d'elles placée au niveau de l'abcès extérieur, l'autre inférieure et plus profonde se prolonge jusque derrière le péricarde.

Elles datent évidemment d'une époque très éloignée, puisqu'en certains points les parois présentent plus d'un centimètre d'épaisseur.

OBSERVATION VI

Résumée de la thèse de Briband.

V..., Jean, 43 ans. Furoncles à la face dorsale de l'avant-bras droit. Ganglions axillaires. Quinze jours après, région pectorale droite tendue, volumineuse et très douloureuse. Frissons, céphalée, courbature.

Le 10 juin, toute la région pectorale droite est déformée, soulevée, tendue, bombant en avant. Plus de creux sous-claviculaire.

Vers le bord inférieur du pectoral droit, fluctuation obscure, pression douloureuse. Le malade ne peut écarter le bras du tronc ; toute la paroi antérieure de l'aisselle est tuméfiée, dure, consistante. Creux de l'aïs-

selle libre. Langue recouverte d'un enduit blanchâtre, soif, fièvre.

Sorti le 15 juillet, guéri.

OBSERVATION VII

Résumée de la thèse de Briband.

18 août. F..., Annette, 35 ans, domestique. Abscess du sein droit. Guéri.

Douleur au niveau de l'insertion humérale du grand pectoral, augmentée par la pression. On crut à du rhumatisme.

Vésicatoire. Les jours suivants, tension au niveau du grand pectoral.

Le 7 septembre, fluctuation. Ouverture.

Guérison le 17.

OBSERVATION VIII

Résumée de la thèse de Lesigne. Hôpital Beaujon. Service du Dr Tillaux.

Ecorchure datant d'un mois au niveau de la première phalange de l'index gauche.

Quinze jours après, douleur sourde au niveau du grand pectoral.

Symptômes généraux, fièvre, anorexie.

Un médecin appelé croit à du rhumatisme articulaire aigu.

Douleur lancinante au niveau du grand pectoral. Légère rougeur de la peau et tuméfaction.

M. Tillaux pratique une incision de 6 centim. parallèle au bord inférieur du grand pectoral.

Guerison en vingt jours.

OBSERVATION IX

Résumée de la thèse de Lesigne.

Ecorchure de la face dorsale du médius droit pendant une autopsie.

Le lendemain, fièvre, frissons, inappétence.

Lymphangite du doigt et de la main.

Le même jour, douleur fixe profonde à l'articulation scapulo humérale, avec redoublement d'intensité vers la clavicule.

Six jours après l'écorchure, empâtement axillaire, fourmillements, œdème du bras, impossibilité des mouvements spontanés et provoqués.

Onze jours après la lésion initiale, région déformée, soulevée. Sous la clavicule toute la région est empâtée.

Tension et douleur de la région antérieure de l'aiselle. Mouvements du cou pénibles, du bras impossibles. Peau normale.

Incision derrière le grand pectoral. Lavages au permanganate de potasse Suppuration pendant un mois. La guérison absolue demande deux mois.

CONCLUSIONS

La localisation des phlegmons sous la paroi antérieure de l'aisselle est due aux causes anatomiques suivantes:

a.) Abondance des ganglions lymphatiques dans cette région, et importance des territoires qu'ils desservent.

b.) Existence d'un vaste diverticulum rétro-pectoral rempli de tissu cellulaire lâche.

c.) Mobilité de la paroi antérieure de l'aisselle, les muscles pectoraux s'éloignent et se rapprochent de la cage thoracique dans les divers mouvements de l'épaule et du bras sur le tronc.

L'étiologie du phlegmon parfois obscure, relève le plus souvent des plaies infectées du membre supérieur ou du sein, quelquefois, mais plus rarement d'un traumatisme, ou peut-être de l'inflammation d'une bourse séreuse anormale.

Le phlegmon débute souvent par une période fébrile pendant laquelle le diagnostic est incertain, le pus n'étant pas encore collecté en foyer.

Son ouverture dans la plèvre et la terminaison par pleurésie purulente et par vomique est douteuse.

Le traitement le plus rationnel nous paraît être l'incision sur le bord inférieur du grand pectoral, suivie de drainage, de lavages de la cavité purulente et de pansements compressifs pour éviter la propagation des fusées purulentes et faciliter l'accolement des parois.

Vu par le Président de la Thèse,

LE DENTU

Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

RICHET. TILLAUX. — Anatomie topographique.

SAPPEY, TESTUT, POIRIER. — An. descriptive.
DICTIONNAIRE DECHAMBRE. — Articles Aisselle.

DICTIONNAIRE JACCOUD. — Art. Aisselle.

FOLLIN ET DUPLAY. — Path. Ext.

VIDAL. — Path. Ext.

Bulletin de la Loi. Anatomique. 1882 et 1884.

G. hôpitaux. — 1853-1879.

Progrès Médical. — 1888.

Semaine Médicale. — 1892, p. 447.

G. Hebdomadaire. — Avril 1894,

Presse. Médicale. — 1896, p. 297.

Méd. And. Surgical. Practice. — 1878. p. 212.

Thèses Paris. — 1855. Milliet. — 186. Bri-
baut. — 1883. Lesigne.

